

brightiques. D'autres facteurs de gravité résident : 1° dans la brusque abondance de l'épanchement, qui constitue une menace de mort rapide s'il n'y est porté remède en temps opportun ; 2° dans l'état du myocarde, dont la dégénérescence ou l'inflammation peut entraîner la mort subite ; 3° dans l'âge avancé des malades, condition presque certaine de terminaison mortelle ; 4° dans l'étendue et la répétition des poussées phlegmasiques, qui aboutissent aux adhérences et à la symphyse totale du péricarde, cause prochaine de crises asystoliques.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de la péricardite est généralement facile, grâce à la constatation de ses signes physiques ; il n'est pas possible sans leur recherche : l'examen de la région précordiale est d'autant plus nécessaire dans les maladies qui se compliquent de péricardite que cette affection est souvent latente.

Les signes physiques sont rarement sujets à contestation. Le frottement pour la péricardite sèche, l'augmentation et la configuration spéciale de la matité cardiaque pour la péricardite avec épanchement sont des signes de grande probabilité et d'une détermination habituellement aisée.

Le frottement péricardique, signe caractéristique de la **péricardite sèche**, a été constaté par quelques observateurs en l'absence de lésion phlegmasique du péricarde. Chaballier a rapporté plusieurs cas de la clinique de Lépine dans lesquels le frottement était uniquement dû à l'hypertrophie cardiaque, et ce fait avait été signalé déjà par Gendrin. Cela est tout à fait exceptionnel, et l'hypertrophie du cœur n'intervient habituellement que pour renforcer le frottement. On ne pensera donc à l'hypertrophie comme cause unique du frottement que dans les cas où il persiste en l'absence de tout état fébrile ; et encore y aura-t-il lieu de conclure à l'existence simultanée de quelque épaissement ou d'une plaque laiteuse du péricarde.

Le frottement péricardique est presque toujours caractéristique d'une péricardite sèche aiguë ou chronique. Mais il n'est pas toujours constaté avec sa netteté ordinaire, et on peut le confondre avec un souffle intracardiaque ou extracardiaque ; il est encore des cas où l'on peut hésiter entre un frottement péricardique et un frottement pleurétique.

Les caractères de timbre, de rythme, de siège, l'absence de propagation, et surtout la variabilité permettent de ne pas confondre le frottement péricardique et les *souffles cardiaques*. On observe assez souvent l'association du frottement et du souffle due, soit à une endocardite concomitante, soit à une insuffisance fonctionnelle de la valvule mitrale, par suite de la parésie et de la dilatation du myocarde. Le diagnostic se fera par l'auscultation méthodique de tous les points de la région précordiale et se basera sur la superficialité du frottement et l'éloignement du souffle ; suivant la pittoresque

comparaison de N. Guéneau de Mussy, une oreille attentive peut étager ces deux bruits.

Les *souffles extracardiaques* ont le même siège que le frottement et le même rythme mésosystolique. Mais ils se distinguent par leur timbre doux et aspiratif, et surtout par leur atténuation ou disparition dans la position assise, qui augmente l'intensité du frottement.

Un *frottement pleurétique*, dû à une pleurésie sèche localisée au voisinage du cœur, pourrait, au premier abord, en imposer pour un frottement péricardique ; mais le frottement pleurétique cesse avec la suspension de la respiration. Le diagnostic est plus délicat quand il s'agit d'un frottement pleuro-péricardique ou, pour mieux dire, d'un frottement pleurétique rythmé par les battements du cœur et dû à une pleurite du sinus médiastino-costal. Dans ce cas, le frottement s'entend au niveau du bord du ventricule gauche et non en plein ventricule droit ; son intensité, surtout marquée pendant les grandes expirations (Potain et Choyau), n'est pas augmentée par la position assise ou penchée en avant ; enfin l'amplitude des mouvements respiratoires peut substituer le rythme respiratoire au rythme cardiaque du frottement.

La **péricardite avec épanchement** a ses signes bien définis. Le plus caractéristique est l'augmentation de la matité précordiale, qui s'observe aussi dans l'hypertrophie, et surtout la dilatation cardiaque. L'épanchement péricardique s'en distingue par la configuration de sa matité (encoche de Sibson, matité en brioche), configuration qui se retrouve, il est vrai, dans la symphyse et exceptionnelle dans la dilatation cardiaque, par l'éloignement des bruits du cœur et la suppression ou le déplacement du choc de la pointe. Rendu insistant sur quelques autres caractères propres aux épanchements abondants : 1° l'accroissement progressif de la matité au niveau de la région épigastrique, en raison du refoulement du diaphragme ; 2° la tonalité skodique en arrière du poumon ; 3° le pouls paradoxal ; 4° l'œdème de la région précordiale.

L'épanchement péricardique peut se développer en arrière du cœur, comprimant le poumon gauche et en réduisant l'épaisseur au point de simuler une pleurésie : les péricardites à type pseudo-pleurétique, surtout communes chez l'enfant, sont souvent difficiles à reconnaître. On se basera sur l'évolution et les autres signes de la péricardite et sur les résultats de l'exploration dans la position penchée en avant ou genu-péctorale : disparition ou diminution de la matité du souffle à la base gauche, pointe du cœur non refoulée à droite.

Les tumeurs du médiastin se manifestent par une matité n'ayant pas la forme et les contours caractéristiques de celle obtenue dans l'épanchement péricardique, par les signes dus à la compression des organes voisins, enfin par une évolution toute différente.

TRAITEMENT. — La péricardite étant presque toujours secondaire, il importe d'instituer tout d'abord ou de continuer le traitement de la maladie causale. L'emploi du salicylate de soude, qui prévient le développement de la péricardite rhumatismale, peut également en arrêter les progrès quand elle est constituée. Le traitement antipyrétique par la quinine à doses suffisantes et les injections sous-cutanées de sérum artificiel conviennent aux péricardites hyperinfectieuses comme à toutes les infections graves. Le traitement spécial de la péricardite comporte des indications particulières suivant qu'elle est sèche ou avec épanchement.

La **péricardite sèche** guérit souvent sans intervention, ainsi que l'attestent les plaques laiteuses et les adhérences anciennes constatées à l'autopsie de sujets qui paraissaient indemnes de tout passé cardiaque. Mais, abandonnée à elle-même, elle peut prendre de l'extension, déterminer un épanchement dangereux par son abondance, aboutir à la symphyse et se compliquer de myocardiite. Bouillaud avait justement remarqué que les émissions sanguines locales et les révulsifs atténuent l'intensité de travail phlegmasique, puisque le frottement diminue ou disparaît sous leur influence. Aussi l'application de six ou huit ventouses scarifiées, à leur défaut, de quelques sangsues, est-elle recommandable à la première apparition du frottement. Elle s'impose dans les pleuro-péricardites avec douleur et dyspnée; si ces troubles fonctionnels persistent quoique atténués, on aura recours aux injections sous-cutanées de morphine à la dose d'un quart ou d'un demi-centigramme, répétées autant qu'il sera nécessaire, à moins d'extrême faiblesse du cœur. Enfin la vessie de glace appliquée en permanence sur la région précordiale, conformément à la pratique de Gendrin, plus récemment de Lees (1), donne souvent d'heureux résultats: elle diminue les douleurs locales et l'anxiété, régularise le cœur et fait baisser la température, sans qu'il en résulte aucun inconvénient; on aura soin d'interposer une compresse entre la vessie de glace et la peau. Les cataplasmes sinapisés et les vésicatoires conviennent aux péricardites moins intenses. En général, le vésicatoire est plus utile à la fin des péricardites pour activer la résolution des exsudats, et dans les péricardites subaiguës et chroniques. Il en est de même des badigeonnages de teinture d'iode, des applications de pointes de feu, et des cautères.

Le traitement médicamenteux, abstraction faite de la maladie causale, s'adressera surtout à la faiblesse cardiaque, toujours à redouter dans la péricardite. Il consiste dans l'administration de la digitale, médicament qui doit être donné avec ménagements et surveillance. Gendrin conseillait de ne pas dépasser la dose de 6 à 8 centigrammes de poudre de feuilles de digitale fraîchement préparée donnée en deux

(1) LEES, *Brit. med. Journ.*, 3 fév. 1893.

ou trois doses chaque jour. Pour Bernheim, ce médicament n'est indiqué que si la faiblesse cardiaque est purement dynamique et s'il n'existe pas de lésion notable du myocarde. Malheureusement, cette distinction n'est pas toujours facile à faire, et le mieux est de donner la digitale à petites doses, en surveillant ses effets de manière à en interrompre l'emploi si le cœur faiblit en même temps qu'il se ralentit. Dans ce cas, on aura recours aux injections sous-cutanées de caféine, d'huile camphrée, d'éther, de sérum artificiel; aux potions stimulantes, à l'extrait mou de quinquina et à l'acétate d'ammoniaque.

La **péricardite avec épanchement** peut guérir quand elle est franchement aiguë, sous l'influence des mêmes moyens que la péricardite sèche: émissions sanguines locales et vésicatoires. Cela est surtout vrai pour la péricardite rhumatismale, où l'épanchement est aussi mobile que les épanchements articulaires. Mais si la quantité du liquide est trop considérable, et surtout si l'épanchement se forme très rapidement, la vie peut être en péril, et il est nécessaire d'intervenir d'urgence par la paracentèse du péricarde. Elle s'impose quand survient l'affaiblissement cardiaque caractérisé par la petitesse et l'irrégularité du pouls, la cyanose, la dyspnée, la tendance aux lipothymies coïncidant avec les signes principaux des épanchements péricardiques abondants: matité précordiale à marche rapide et à forme spéciale, abaissement du diaphragme et de la sonorité gastrique, pouls paradoxal, sonorité skodique postérieure (Rendu) (1).

La ponction du péricarde doit être faite à l'aide d'une aiguille adaptée à l'aspirateur de Dieulafoy, ou mieux d'un trocart fin de l'appareil de Potain, le trocart risquant moins de blesser le cœur. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le lieu d'élection de cette ponction; elle a été pratiquée dans tous les espaces intercostaux depuis le 3° jusqu'au 8°, avec et sans succès; mais si l'on veut éviter les mécomptes et les accidents, il faut s'astreindre à certaines règles. L'important est d'éviter la blessure du cœur et de l'artère mammaire interne. Dans ce but, Trousseau, puis Roger recommandaient, comme lieu d'élection de la ponction, le 4° et le 5° espace intercostal gauche, à 4 centimètres du sternum. Peter conseillait de pratiquer la ponction aussi bas et aussi à gauche que possible, sans sortir des limites de la matité. Dans le même ordre d'idées, Rendu considère que le meilleur moyen d'arriver sûrement et sans danger jusqu'à l'épanchement est de ponctionner au-dessous et en dehors de la pointe du cœur, point qui correspond aux 6°, 7° ou au 8° espace intercostal, au-dessous et en dehors de la ligne mammaire. C'est également la conclusion de Barié (2). Tout au plus court-on le risque de blesser le feuillet de réflexion de la plèvre ou une lame mince de poumon, ce qui est sans danger; d'ailleurs, on évitera ce petit

(1) RENDU, *Soc. méd. des hôp.*, février 1882, et *Clin. méd.*, t. II, 1890, p. 321.

(2) BARIÉ, *Traité de thérapeutique appliquée*, fasc. X, p. 208.

accident en n'introduisant pas le trocart en dehors des limites de la matité, et on agira en toute sécurité en faisant au préalable une ponction exploratrice à l'aide de la seringue de Pravaz. Il est bon, enfin, de se conformer à la recommandation de Dieulafoy, qui conseille, une fois l'aiguille ou le trocart introduit dans la poche péricardique, de le faire basculer légèrement en le plaçant parallèlement au cœur, qu'il ne peut plus blesser. Delorme et Mignon (1) ont récemment signalé un procédé nouveau permettant de ne pas intéresser la plèvre. Après avoir pratiqué une petite incision cutanée au niveau du 5^e ou 4^e espace intercostal, ils engagent l'aiguille de l'aspirateur au ras du sternum, puis à la face postérieure de cet os dans une étendue de 1 centimètre; cela fait, ils la poussent directement en bas et un peu en arrière à une profondeur de quelques centimètres jusqu'à ce que le liquide pénètre dans l'aspirateur. Malgré ses avantages, ce procédé n'est pas à la portée des opérateurs peu expérimentés, qui feront bien de suivre les indications de Peter et de Rendu.

Le soulagement est le plus souvent immédiat après la paracentèse, et, dans les cas de péricardite franchement aiguë, on peut espérer la guérison; toutefois, une seconde et même une troisième intervention peuvent être nécessaires. Sur dix ponctions de péricardite rhumatismale, on compte dix guérisons (Rendu). La proportion est moins satisfaisante quand on envisage toutes les péricardites ponctionnées prises en bloc: d'après les cas publiés, Bernheim conclut que le nombre des guérisons est en moyenne de 35 p. 100, la mort n'étant d'ailleurs jamais imputable à l'opération, mais à la nature ou aux complications de la péricardite.

La paracentèse du péricarde est également indiquée et donne des résultats satisfaisants dans la péricardite hémorragique. Elle est insuffisante dans la péricardite purulente, qui n'est justiciable que de la péricardotomie, c'est-à-dire de l'incision large du péricarde. L'incision est faite couche par couche, après ponction exploratrice, dans le 5^e ou 6^e espace intercostal, à quelques centimètres en dehors du sternum. La séreuse étant ouverte avec la pointe du bistouri, on agrandit l'ouverture avec le bistouri boutonné; le pus écoulé, on introduit un gros drain dans la plaie pour la maintenir ouverte. Dans les cas de S. West et Rosenstein le drain fut enlevé vers le dix-huitième jour, et la cicatrisation se fit immédiatement après. Malheureusement les résultats ne sont pas toujours aussi satisfaisants, et la guérison n'a guère été obtenue que dans la moitié des cas (Sievers), à cause des conditions mauvaises dans lesquelles survient la péricardite purulente.

La **péricardite chronique** peut être améliorée par les révulsifs,

(1) DELORME et MIGNON, *Acad. de méd.*, 17 déc. 1895.

badigeonnages iodés, pointes de feu, cautères; cette médication prévient, dans une certaine mesure, la sclérose envahissante du myocarde. La paracentèse est nécessaire quand il y a épanchement abondant; elle donne des résultats d'autant meilleurs qu'elle est faite plus tôt, avant que la séreuse épaissie ait perdue toute élasticité.

SYMPHYSE CARDIAQUE.

La symphyse cardiaque, ou adhérence totale des deux feuillets du péricarde, est l'aboutissant de certaines péricardites aiguës ou subaiguës; c'est quelquefois une péricardite chronique d'emblée. Associée à des adhérences de la face externe du péricarde aux organes voisins et à l'inflammation chronique du tissu cellulaire du médiastin, elle constitue la médiastino-péricardite chronique. Qu'elle soit simple ou compliquée de médiastinite, elle compromet le fonctionnement régulier du cœur et conduit le plus souvent à l'asystolie; elle peut déterminer la mort subite par syncope.

Les anciens auteurs n'y voyaient qu'une malformation congénitale, l'absence du péricarde. Lancisi, le premier, démontra son origine inflammatoire, et Morgagni nota la coïncidence tantôt de l'hypertrophie, tantôt de l'atrophie du cœur. Les troubles fonctionnels qui résultent des adhérences furent successivement signalés par Vieussens, Lancisi, Meckel, Senac, qui ébauchèrent une première description symptomatique. Corvisart n'y ajouta rien, considérant d'ailleurs qu'il s'agissait d'une affection incompatible avec la vie, et que le diagnostic en était des plus difficiles. Il est devenu possible, grâce aux signes physiques, dont la connaissance est due à Heim, Sanders, Skoda, Aran, Friedreich, Potain.

Les observations de ces dernières années ont établi la fréquence relative de l'affection et la diversité de ses causes. Les leçons de Cadet de Gassicourt, les thèses de Morel-Lavallée, Manesse (1), Boissin (2), Venot (3) ont fixé son évolution et ses formes cliniques.

ÉTIOLOGIE. — Exceptionnellement due à la propagation d'une affection du médiastin (tumeurs), ou du myocarde (anévrisme partiel du cœur), la symphyse cardiaque est la conséquence habituelle d'une péricardite rhumatismale, tuberculeuse ou d'une péricardite chronique latente et de nature indéterminée.

La **symphyse rhumatismale**, quelquefois constatée chez le nouveau-né comme reliquat d'une péricardite fœtale, s'observe surtout dans

(1) MANESSE, Formes cliniques de la symphyse cardiaque. Symphyse rhumatismale. Symphyse tuberculeuse. Th. de doct. Paris, 1895.

(2) BOISSIN, Contribution à l'étude de la symphyse cardiaque tuberculeuse chez les enfants. Th. de doct. Lyon, 1895.

(3) VENOT, Du foie cardiaque dans la symphyse du péricarde. Th. de doct. 1896.